

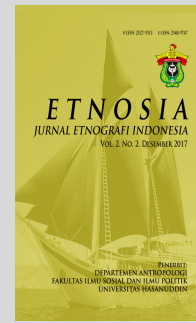
# ETNOSIA: JURNAL ETNOGRAFI INDONESIA

VOLUME 3 EDISI 2, DESEMBER 2018

P-ISSN: 2527-9319, E-ISSN: 2548-9747

Terakreditasi Ristekdikti No. 21/E/KPT/2018

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-4.0 International License



## Etnografi Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD): Relasi Dokter dan Pasien di Rumah Sakit Umum Kota Makassar

Muh. Zainuddin Badollahi<sup>1</sup>, Andi Hasbi<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Politeknik Pariwisata Negeri Makassar, Indonesia.

Email Coresponden: [muhammadzainuddinb@gmail.com](mailto:muhammadzainuddinb@gmail.com)

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

IGD; Relasi; Dokter; Pasien.

#### How to cite:

Badollahi, M.Z., Hasbi, A. (2018). Etnografi Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD): Relasi Dokter dan Pasien di Rumah Sakit Umum Kota Makassar. *Etnosia: Jurnal Etnografi Indonesia*, 3(2), 250-267.

#### DOI:

10.31947/etnosia.v3i2.5154

### ABSTRACT

*This study aims to, (1) determine the ethics of physician professionalism in relation to the relationships established between doctors-patients and established medical communication, (2) analyze differences in physician-patient relations using health insurance and general patients, (3) find out the kinship network patients who are instructed on medical treatment obtained. This research was conducted at the Emergency Room at RSU X Makassar using a qualitative descriptive study. The methods used are observation and interviews with doctors and patients. This study shows that (1) the doctors did not pay attention to and run the SOP IGD of General Hospital so that there was miscommunication, (2) health insurance patients and the general got different treatment in medical treatment, (3) kinship network was very influential in the medical action given by the doctor to his patient.*

Copyright © 2018 ETNOSIA. All rights reserved.

## 1. Pendahuluan

Rumah Sakit Umum (selanjutnya disingkat; RSU) X Kota Makassar (nama rumah sakit disamarkan) merupakan rumah sakit berstandar JCI (*Join Commision International*) dimana sudah menjadi keharusan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam hal ini dokter kepada pasien harus maksimal dan sesuai dengan standar pelayanan. Instalasi Gawat Darurat (selanjutnya disingkat; IGD) sebagai gerbang pertama dalam memberikan pelayanan medis dituntut untuk menghadirkan tenaga kesehatan yang profesional, sigap dan tanggap dalam menolong pasien.

Peranan IGD sangat penting di dalam pelayanan kesehatan karena instalasi ini memberikan pelayanan khusus kepada penderita gawat darurat selama 24 jam setiap harinya (Departemen Kesehatan RI, 2008). IGD yang dibahas dalam penelitian ini yakni IGD RSUD X yang merupakan salah satu IGD tersibuk karena selain menerima pasien dari dalam Kota Makassar, IGD ini juga menerima pasien rujukan dari wilayah Indonesia Timur.

Relasi antara dokter dan pasien terjalin ketika pasien mengeluh sakit dan memeriksakan dirinya ke dokter di IGD. Relasi yang terbangun diantara keduanya adalah relasi kekuasaan, ekonomi dan sosial budaya. Bagi beberapa pasien yang tidak gawat, relasi ini tidak berlangsung lama sebab pasien selanjutnya akan dipindahkan ke ruang perawatan.

Interpretasi hubungan dokter dan pasien secara tradisional adalah seperti hubungan paternal dimana dokter membuat keputusan dan pasien hanya bisa menerima saja. Aspek lain dalam hubungan tersebut juga sama problematik seperti kewajiban dokter untuk menjaga kerahasiaan pasien di era rekam medik dan manajemen perawatan sudah terkomputerisasi, dan tugas dokter serta tugas dokter untuk dapat mempertahankan hidup juga mendapat permintaan untuk mempercepat kematian (William, 2005: 45).

Seorang dokter dituntut memahami kondisi sosial budaya atau latar belakang budaya pasiennya agar tercipta suatu komunikasi yang baik sehingga pelayanan dapat dimaksimalkan. Hal ini dianggap penting agar pasien merasa percaya kepada dokter untuk menyembuhkan penyakitnya. Selain itu sikap dokter yang ramah juga sangat berpengaruh kepada kenyamanan pasien. Dalam hal pemberian resep obat, Sudarma (2008:79) mengungkapkan bahwa kebanyakan dokter memberikan resep obat kepada pasien tidak selalu berdasarkan diagnosis yang jelas dikarenakan keadaan pasien yang berubah-ubah. Hal ini menyebabkan keputusan dokter sangat sepihak karena pasien tidak diberikan penjelasan yang rinci mengenai resep obat yang diberikan. Ilustrasi tersebut di atas merupakan salah satu contoh relasi antara dokter dan pasien yang tidak seimbang, dimana dokter seringkali berinisiatif secara sepihak melakukan tindakan sedangkan pasien secara pasif menerima begitu saja instruksi yang diberikan dokter.

Proses utama dari perawatan kesehatan terjalin di dalam ruang pemeriksaan. Idealnya seorang dokter melakukan pemeriksaan dengan mempelajari gejala-gejala yang dirasakan pasien, melakukan pemeriksaan fisik, melakukan diagnosa dan merencanakan tindakan perawatan atau pengobatan yang diberikan. Pada dasarnya, tugas seorang dokter adalah berperan sebagai ahli biologi manusia. Oleh karena itu, seorang dokter harus paham benar bagaimana keadaan normal dari manusia sehingga ia dapat menentukan sejauh

mana kondisi kesehatan pasien, proses inilah yang dikenal sebagai diagnosis. Seorang dokter juga harus mengetahui arti 'sehat' dari pandangan pasien. Artinya, konteks sosial politik dari pasien (keluarga, pekerjaan, tingkat stres, kepercayaan) harus turut dipertimbangkan dan kadang-kadang dapat menjadi petunjuk dalam merumuskan diagnosis dan perawatan berikutnya. Sistem nilai mempunyai hubungan yang sangat erat dengan pandangan hidup dari suatu masyarakat. Sistem nilai merupakan hasil yang tumbuh secara selektif dari pengalaman, pengetahuan, dan kepercayaan masyarakat tentang dirinya dan dunianya. Banyak masyarakat yang beranggapan bahwa ketika kita ke rumah sakit maka dokter akan menyembuhkan kita dengan tangan ajaibnya.

Hasil penelitian yang dilakukan Sabryanti (2012:103) dengan menggunakan metode kuantitatif tercatat waktu tanggap penanganan kasus IGD bedah yang tepat sebanyak 67,9% dan tidak tepat sebanyak 32,1% Penyebab ketidaktepatan waktu tanggap ini diasumsikan berasal dari sistem registrasi pasien. Menurut alur registrasi pasien di IGD tempat penelitian dilakukan, registrasi pasien dilakukan sebelum pasien diseleksi tingkat kegawatannya oleh dokter yang bertugas.

Mulkan (2007:65) lebih menitikberatkan pada hubungan komunikasi dokter praktik dan pasien. Ia mengatakan bahwa seorang dokter harus lebih banyak meluangkan waktunya dalam berkomunikasi dengan pasien untuk memberikan penjelasan secara detail terkait kondisi pasien dan tidak bersikap arogan. Sedangkan pasien harus bersikap lebih aktif dengan memberikan pertanyaan jika ada yang dianggap kurang jelas dari penjelasan dokter sehingga terjadi komunikasi dua arah.

Penelitian ini lebih terfokus kepada relasi antara dokter dan pasien di IGD RSUD X. Artikel ini akan menjelaskan suatu realita yang terjadi dirumah sakit, bukan hanya mengenai komunikasi dan pelayanan, namun juga perlakuan yang didapatkan oleh pasien selama melakukan perawatan di IGD RSUD X dengan mengacu pada perspektif relasi.

## **2. Metode Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di IGD RSUD X yang merupakan rumah sakit yang berstandar JCI<sup>1</sup> dan rumah sakit rujukan terbesar di wilayah Indonesia Bagian Timur. Adapun metode yang digunakan yakni metode kualitatif dengan cara mendeskripsikan hasil penelitian dalam bentuk narasi. Nama rumah sakit

---

<sup>1</sup>Joint Commission International (JCI) merupakan standard yang dibuat agar pelayanan kesehatan rumah sakit berfokus kepada pasien dan diterapkan sesuai dengan budaya setempat untuk peningkatan mutu pelayanan secara berkesinambungan. Standar disini dimaksudkan

kemudian kami samarkan, untuk menjaga privasi dan reputasi rumah sakit tersebut.

Informan dalam penelitian ini terdiri atas 6 orang pasien dengan kondisi kesehatan dan sosial budaya yang berbeda-beda dan 2 informan dari kalangan dokter untuk mendapatkan penjelasan medis dari pasien yang diwawancarai sebelumnya agar mendapat informasi yang lebih akurat. Sebagaimana dijabarkan pada tabel berikut ini:

No.	Nama	Jenis Kelamin	Status	Umur	Status Jaminan
1.	Rio	Laki-laki	Dokter	-	-
2.	Abdi	Laki-laki	Dokter	40 thn	-
3.	Maruf	Laki-laki	Pasien	25 thn	BPJS
4.	Aliyah	Perempuan	Pasien	40 thn	BPJS
5.	Arsan	Laki-laki	Pasien	30 thn	Umum
6.	Mitha	Perempuan	Pasien	17 thn	BPJS
7.	SA	Laki-laki	Pasien	54 thn	BPJS
8.	Munawir	Laki-laki	Pasien	24 Thn	BPJS

Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan, yakni: (1) Wawancara mendalam untuk menggali informasi mengenai hubungan relasi dokter dan pasien, (2) Observasi dilakukan dengan mengamati kondisi IGD pada waktu pagi, siang, sore, malam, dini hari dan subuh hal ini dilakukan sebanyak 3 kali guna mendapatkan deskripsi keadaan IGD. Berdasarkan observasi yang dilakukan ditemukan bahwa pada waktu-waktu tertentu seperti dini hari dan subuh keadaan dokter mengalami penurunan performa sehingga dapat berkaibat pada relasi yang ia bangun dengan pasiennya, (3) Dokumentasi, dilakukan dengan cara mengambil gambar pasien yang sedang ditangani oleh dokter salah satunya adalah foto suasana didalam IGD untuk memberikan gambaran riil IGD dan rekaman suara dari informan.

Proses analisis data dimulai dengan reduksi data dengan cara merangkum keseluruhan data yang dianggap relevan dengan fokus penelitian, kemudian mengkategorisasikan data-data itu dalam tema yang muncul dari hasil wawancara, yakni: relasi dokter dan pasien di IGD RSUD X. Keramah-tamahan dokter terhadap pasiennya, perbedaan perilaku yang didapatkan oleh pasien yang menggunakan jaminan kesehatan dan pasien umum, relasi antara dokter dan pasien yang memiliki keluarga yang bekerja sebagai staf atau kenalan di RSUD X, dan yang terakhir penyajian dan penarikan kesimpulan.

Informan yang telah menyatakan kesediannya untuk diwawancarai terlebih dahulu dijelaskan tentang topik, tujuan, manfaat serta hak dan kewajiban informan dalam penelitian. Berdasarkan persetujuan informan, maka nama-nama yang digunakan adalah nama inisial, hal ini dilakukan untuk menjaga privatisasi informan.

### **3. Hasil Penelitian dan Pembahasan**

- **Etika Profesionalisme Dokter**

Untuk mampu memperoleh dan mempertahankan pasiennya, rumah sakit harus memiliki sistem pengelolaan yang baik. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara meningkatkan jasa pelayanan dengan sebaik-baiknya, termasuk menjalin relasi atau hubungan yang intern terhadap pelanggan dalam hal ini adalah pasien dengan mempertimbangkan latar belakang budayanya. Hal ini dilakukan agar keluhan negatif terhadap pelayanan kesehatan dapat diminimalkan.

Belas kasih, memberi perhatian dan memahami kondisi serta masalah pasien merupakan hal pokok dalam praktek pengobatan, dengan begitu pasien akan merespon dengan baik karena merasa dihargai, diperhatikan dan didengarkan keluhannya. Dalam membantu menyelesaikan masalah kesehatan seorang pasien, pertama-tama dokter akan mengidentifikasi gejala-gejala apa saja yang dialami oleh pasien kemudian mencari tahu penyebab yang mendasari munculnya gejala yang mengakibatkan pasien merasa tidak sehat. Dari identifikasi gejala tersebut, dokter akan melakukan diagnosa. Setelah itu barulah dokter memutuskan tindakan selanjutnya yang akan ditempuh dengan terlebih dahulu mendiskusikan dan meminta persetujuan pasien.

Saat ini hubungan antara dokter dan pasien tidak lagi bersifat paternalistik, melainkan kontraktual dimana dokter dan pasien memiliki kedudukan yang setara. Dengan demikian pihak dokter dan pasien memiliki kebebasan yang sama. Ikatan dan perjanjian yang terjalin menuntut kedua belah pihak harus menjalankan peran dan fungsinya terhadap satu sama lain yang oleh Ali (2006; 20) disebut sebagai hak dan kewajiban dokter dan pasien.

Dalam dunia medis, pasien yang datang untuk berobat memiliki status yang sama, yakni orang yang butuh pertolongan pengobatan. Oleh karena itu, seorang dokter dituntut untuk bekerja sesuai dengan etika profesionalisme dengan memeriksa dan mendiagnosa pasien sesuai dengan gejala yang dirasakan dan memberikan penanganan yang tepat tanpa memandang suku, agama, ras, tingkat pendidikan dan kondisi sosial ekonominya.

Posisi/kedudukan dokter dan pasien dianggap sederajat dalam pola hubungan horizontal yakni antara pemberi jasa pelayanan kesehatan dengan penerima jasa pelayanan kesehatan (Koeswadji, 1998:46-52). Hal ini dibenarkan oleh seorang dokter:

Kami dari pihak dokter rumah sakit khususnya di IGD akan memberikan pelayanan pemeriksaan semaksimal mungkin karena itu memang tugas kami, tanpa membedakan pasien dari segi apapun, saya sendiri selalu melakukan komunikasi. Hal ini saya anggap mampu membuat pasien percaya dan menyerahkan semua proses pemeriksaan untuk mendiagnosa penyakit kepada kami (Rio, 16 Juni 2018).

Seorang dokter senantiasa bersikap netral kepada pasiennya dengan memberikan pelayanan sepenuh hati. Sehingga pasien tidak merasa mendapat perlakuan yang diskriminatif. Dokter memberikan pelayanan medis kepada pasien tanpa memperhatikan label, atribut atau latarbelakang ekonomi yang dimiliki oleh pasien itu sendiri.

Namun yang terjadi kemudian dilapangan tidak selalu sama dengan teori yang dikemukakan oleh ahli. Selama penelitian, ditemukan bahwa terjadi banyak kasus pengaduan yang dilakukan oleh pasien terhadap tenaga kesehatan khususnya dokter. Beberapa pasien pengguna jaminan kesehatan (BPJS) mengadukan keterlambatan penanganan atau bahkan terkesan terabaikan. Hal ini berbeda dengan perlakuan yang didapatkan oleh pasien umum.

Keluhan yang disampaikan oleh pasien ke pusat pengaduan salah satunya diakibatkan oleh kurang baiknya relasi yang terbangun antara dokter dan pasien. Dokter yang berjaga atau bertugas memeriksa pasien tanpa menjelaskan terlebih dahulu mengenai kondisi pasien. Sehingga sering terjadi kesalahpahaman antara dokter-pasien. Seperti yang diutarakan oleh salah seorang pasien:

Kita disini memang statusnya sama semua sebagai pasien tapi ada namanya pasien VIP dan ada pasien biasa. Kalau pasien VIP jelas *mi* dokternya cepat tangani karena langsung membayar dia. Coba kalau kita pasien biasa pasti agak lama ditangani karena kita tidak langsung membayar. Jadi itu namanya kalau dokter dibilang tidak bedakan pasiennya memang benar. Tapi tidak semua *tawwa* dokter begitu sifatnya karena ada *ji* juga yang kerja sepenuh hati. Sebetulnya kalau saya bukan dokternya yang salah karena diakan juga tidak tahu ini pasien VIP atau bukan kan dia dikasi tahu *ji* juga sama pihak administrasinya, baru kalau pasien begitu pasti sering di cek kondisinya. (Munawir, 28 Desember 2018).



Berdasarkan penuturan diatas jelas bahwa di IGD RSUD X terdapat perbedaan perlakuan yang dilakukan oleh dokter terhadap pasiennya. Meskipun memang tidak semua dokter bersikap seperti itu. Sikap seperti ini jelas menyalahi etika profesionalisme dokter dimana dokter harus bersikap profesional memberikan pelayanan setulus hati kepada pasiennya tanpa pandang bulu. Dokter yang bertugas di IGD adalah gerbang utama dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan sehingga dokter harus pandai dalam memilih pasien mana yang harus ditangani lebih dahulu berdasarkan kondisi darurat pasien. Intensitas dalam mengecek pasien bergantung pada kondisi kesehatan pasien. Bagi pasien koma atau gawat darurat maka dokter akan sering untuk mengeceknya sedangkan bagi pasien yang dalam kondisi tidak gawat dan tidak darurat seperti demam atau batuk dokter mempunyai waktu tertentu untuk mengeceknya sesuai dengan jadwal. Hal inilah yang kemudian tidak dipahami oleh pasien sehingga sering muncul keluhan mengenai sikap dokter yang tidak profesional.

- **Perbedaan Status Jaminan Kesehatan (BPJS-UMUM)**

Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga negara Indonesia dengan memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan. Melalui program ini, pemerintah memberikan kemudahan akses dan biaya kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu agar kebutuhan dasar berupa kesehatan yang baik dapat terpenuhi.

Meskipun dokter dianggap sebagai yang paling ahli, kebanyakan pasien, menganggap dokter sebagai orang yang tahu tentang semuanya dan memiliki kemampuan untuk menyembuhkan segala penyakit. Dalam kenyataan di lapangan terkadang seorang dokter dihadapkan pada kasus yang mengharuskan mereka memperlakukan pasiennya secara berbeda, tergantung dari tingkat sosial si pasien. Misalnya, seorang dokter diminta mendatangi dan mengobati raja atau menteri yang sedang sakit di istana/kediamannya. Berbeda dengan masyarakat biasa ketika hendak berobat mereka akan datang ke rumah sakit dan mengantri untuk diperiksa/diobati (Sarwono, 1997: 42-44).

Hal ini menunjukkan bahwa pada kondisi-kondisi tertentu memang ada perbedaan perlakuan terhadap pasien berdasarkan status sosial yang dimiliki. Hubungan dokter-pasien dalam keadaan gawat darurat sering merupakan hubungan yang spesifik (Herkutanto, 2007:38). Menurut penuturan salah seorang pasien pengguna BPJS terdapat perbedaan perlakuan yang diberikan oleh dokter terhadap pasien dengan jaminan kesehatan menurutnya:

Saya disini dirawat pake BPJS waktu pertama ka dibawa masuk ke IGD terlalu bertele-tele sekali pengurusannya, apalagi saya BPJS ku kelas tiga. Baru dokterya juga lama sekali datang untuk tangani ka (MU, 28 desember 2018).

Meskipun demikian, tidak semua hal di atas dirasakan oleh semua pasien. Sebagaimana yang telah diuraikan di atas, RSUD X merupakan rumah sakit dengan pasien rujukan terbanyak yang melayani kawasan Indonesia Timur sehingga selalu padat pasien. Hal ini yang kemudian menyebabkan dokter dan tim medis lainnya akan sangat sibuk dan tidak bisa melakukan pelayanan sekaligus kepada semua pasien. Oleh karena itu dokter dan tim medis akan melakukan kunjungan sebagai bagian dari pelayanan medis dengan memprioritaskan pasien yang berstatus gawat darurat. Tingginya kecemasan yang dirasakan oleh pasien ketika berada di IGD juga menjadi salah satu penyebab banyaknya keluhan terhadap perbedaan pelayanan medis yang didapatkan.

Berbeda dengan pasien pengguna jaminan kesehatan, pasien umum mengutarakan pengalaman yang berbeda terkait pelayanan dan penanganan medis selama menjadi pasien di IGD:

Sebenarnya saya punya BPJS cuma saya tidak pake karena kemarin ada Om ku masuk juga disini tapi lama sekali baru ditangani. Makanya waktu kemarin saya masuk di IGD statusku sebagai pasien umum. Karena saya piker kalau umum cepat ditangani. Lagian juga bapakku bilang pake umum saja karena luka ku tidak parahji. Tapi memang betul kalau umum cepat ki ditangani terus dokternya juga perhatian sering na tanya kondisiku (Arsan, 28 Desember 2018).

Terlihat jelas dari penuturan kedua informan diatas bahwa terdapat perbedaan yang cukup signifikan dalam pelayanan yang diberikan oleh dokter kepada pasiennya. Perbedaan pelayanan ini terletak pada waktu penanganan medis dari kedua pasien. Penanganan dan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien umum lebih cepat dan diprioritaskan dibandingkan dengan pasien pengguna jaminan kesehatan. Dari perbedaan pelayanan tersebut secara tidak sadar terjadi relasi ekonomi diantara keduanya. Relasi ekonomi yang dimaksud disini berkaitan dengan biaya pengobatan pasien yang merupakan pendapatan bagi rumah sakit dan dokter.

Waktu kunjungan juga berpengaruh pada kecepatan penanganan pasien. Di pagi hari pelayanan di IGD menjadi sangat sibuk dikarenakan rumah sakit mendapat banyak pasien rujukan dari rumah sakit lain dan puskesmas. Hal ini mengakibatkan dokter dan tim medis lainnya menjadi sangat sibuk. Sedangkan di malam hari atau dini hari, pasien yang berkunjung ke IGD tidak sebanyak di pagi hari, sehingga dokter dan tim medis lainnya memiliki waktu yang banyak dan fokus memeriksa pasien yang ada.



- **Jaringan Kekerabatan Pasien-Tim Medis**

Jaringan kekerabatan sangat penting dalam kehidupan bermasyarakat juga dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Tidak dapat dipungkir hal ini sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari masyarakat, tanpa pengecualian di IGD. Bagi pasien yang memiliki atribut sebagai keluarga salah seorang staf yang bekerja di IGD RSUD X sudah dapat dipastikan ia akan mendapatkan perlakuan khusus dari dokter yang menanganinya. Hal ini berkaitan dengan pelayanan dan penanganan medis yang didapatkan oleh pasien serta kualitas alat medis yang digunakan dalam penanganan dan obat-obatan yang diberikan. Hal ini dibenarkan oleh pasien yang memiliki hubungan kekerabatan dengan salah seorang staf rumah sakit. Menurutnya, ia merasa senang karena mendapatkan perlakuan yang menyenangkan ketika ditangani oleh dokter sebab semua hal jadi mudah dan tidak dipersulit. Menurut penuturan seorang informan:

Selama saya dirawat disini bagus pelayanan yang saya dapat, darah gampang saya dapat, dokter sama perawat juga baik sama saya, waktu saya datang juga cepat juga ditangani, baru cepat juga dapat kamar rawat saya disini baru satu hari tadi pagi saya masuk di IGD untung ada keluargaku kerja disini jadi dia tadi datang tanya dokter supaya cepat ka dibantu, Alhamdulillah kasian jadi tidak lama ka menunggu (SA, 23 Maret 2018).

Keistimewaan pelayanan yang didapatkan oleh pasien yang memiliki hubungan kerabat dengan salah seorang staf bukan rahasia lagi. Keistimewaan pelayanan yang dimaksudkan disini adalah kecepatan penanganan oleh tim medis, keutamaan mendapat kamar rawat, darah, dan obat-obatan. Demikian yang terjadi di IGD pada pagi hari dimana pasien datang silih berganti dengan keluhan sakit yang berbeda-beda dan berlomba-lomba memnta untuk dilayani sesegera mungkin.

Ilustrasi di atas menajdi bukti bahwa dokter dan tim medis tidak bersikap profesional melainkan menggunakan afeksinya. Keberhasilan pelayanan medis tidak hanya terletak pada kemahirannya dalam bidang kedokteran, melainkan juga ditentukan oleh unsur-unsur lain yang juga memberi pengaruh signifikan, yakni pelayanan. Hubungan antara dokter dengan pasien dapat dikategorikan menurut intensitas harmoni atau adanya konflik antara kedua pihak. Dalam hal ini, dokter dan paramedis mempunyai kedudukan yang lebih kuat/tinggi karena pengetahuannya di bidang medis, sedangkan pasien sebagai pihak yang membutuhkan pertolongan dokter dianggap awam dan tidak tahu apa-apa.

Dikutip dari WMA *Declaration on the Right of the Patient* tahun 1995 bahwa: "Hubungan antara dokter dan masyarakat luas, dalam hal ini pasien dan keluarganya telah mengalami perubahan yang nyata saat ini. Walaupun

seorang dokter harus selalu bertindak benar menurut pemikirannya, dan selalu mengusahakan tindakan terbaik bagi pasiennya, usaha yang sama juga harus tetap dilakukan dalam menjamin otonomi dan keadilan pasien. Saat ini orang-orang mulai berfikir bahwa dokter hanya berperan sebagai konsultan dan instruktur sehingga kewajiban etik dokter mengalami sedikit perubahan" (William, 2005:22)

- **Komunikasi Medis: Relasi Dokter-Pasien**

Komunikasi kesehatan secara umum didefinisikan sebagai segala aspek dari komunikasi antarmanusia yang berhubungan dengan kesehatan. Komunikasi kesehatan secara khusus didefinisikan sebagai semua jenis komunikasi manusia yang isinya berkaitan dengan kesehatan. (Rogers,1996:15).

Komunikasi kesehatan sangat dibutuhkan dalam kegiatan pemeriksaan medis, komunikasi yang dimaksud disini adalah proses diagnosa dan menayakan riwayat sakitnya. Berbagai aspek komunikasi yang berpengaruh antara pasien dengan dokter adalah tingkat ketidaktaatan pasien, misalnya informasi dengan pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dokter, ketidakpuasan terhadap pengobatan yang diberikan (Smet, 1994:254-255).

Pada pintu masuk dan bagian dalam ruangan IGD terdapat tata tertib pasien dan pengunjung IGD RSUD X. Tujuan dari pamflet tersebut untuk memberikan pemahaman kepada pasien mengenai SOP di IGD agar tidak terjadi kegagalan komunikasi antara dokter dan pasien. Selain itu diharapkan pasien telah mengerti betul penanganan medis yang ia terima telah sesuai dengan SOP rumah sakit.

Hubungan dokter-pasien bukanlah hubungan atasan-bawahan. Tidak ada yang superior dan inferior diantaranya. Oleh karena itu dokter tidak boleh memperlakukan pasien sebagai objek dari pekerjaannya. Kesetaraan hubungan ini sangat berpengaruh dalam proses pertukaran informasi antara dokter-pasien. Dokter diharapkan memberikan peluang kepada pasien untuk mengutarakan dan menerima informasi dengan jelas dan bebas sehingga terbinalah komunikasi yang efektif dan efisien. Selain mengubah paradigma para dokter, perlu dilakukan juga penyuluhan atau edukasi pada masyarakat agar menjadi pasien yang cerdas. Hal ini diharapkan nantinya dapat mengangkat posisi pasien setara dengan dokter (Ali, 2006:26).

Dokter dan pasien memiliki perspektif yang sangat berbeda pada faktor-faktor yang mereka pandang sebagai hal mendasar dalam komunikasi dokter-pasien. Sebagaimana dikutip oleh Dianne (2007:13-15) dipaparkan dalam suatu hasil

penelitian sederhana dengan meminta para dokter dan pasien untuk mengungkapkan pandangan mereka tentang dokter yang baik, adalah:

*The doctors stated that 'diagnostic ability' was the most important quality of a good doctor, whereas the patients said that 'listening' was the most important aspect. This latter aspect was rated as being least important by the doctors.*

Para dokter menyatakan bahwa "kemampuan diagnosa" adalah kualitas yang paling penting dari seorang dokter yang baik. Sedangkan pasien mengatakan bahwa 'mendengarkan' adalah aspek yang paling penting. Dalam interaksi antara dokter dan pasien, dibutuhkan aspek kesetaraan. Kesetaraan hubungan ini sangat berpengaruh dalam proses pertukaran informasi antara dokter dan pasien. Dokter diharapkan memberikan peluang kepada pasien untuk mengutarakan dan menerima informasi dengan jelas dan bebas sehingga terbinalah komunikasi yang efektif dan efisien. Ada beberapa kemungkinan yang menjadi alasan aspek kesetaraan dokter-pasien sulit terjadi: malu, takut dianggap bodoh, atau enggan karena dokter berbicara dalam bahasa yang tidak dimengerti pasien (banyak istilah kedokteran yang membuat pasien kebingungan dan tidak tahu harus bertanya dari mana).

Jay Katz dalam bukunya yang berjudul *The Silent World of Doctor and Patient* merujuk pada fenomena di mana pasien, karena penderitaan yang diakibatkan oleh penyakitnya, menaruh harapan yang besar pada dokter sehingga kemudian secara tak sadar ia pun mencitrakan dokter sebagai figur yang mulia dan tidak mungkin berbuat salah (*infallible*). Akibatnya pasien pun menyerahkan nasib sepenuhnya kepada dokter dan dialah yang memutuskan tindakan medis apa yang harus dilakukan tanpa perlu berkonsultasi dengan pasien (Mulkan, 2007:45).

Kegagalan relasi kesehatan pada umumnya terjadi ketika pasien merasa diabaikan oleh dokter karena tidak segera ditangani ketika masuk di dalam IGD. Padahal untuk pasien yang datang ke IGD memiliki 5 klasifikasi kegawatdaruratan yang terdiri dari pasien gawat darurat, pasien gawat tidak darurat, pasien darurat tidak gawat, pasien tidak gawat tidak darurat, dan pasien meninggal. Semua pasien yang datang langsung mendapat penanganan medis sebelum diberikan penanganan lebih lanjut setelah diperiksa oleh dokter triage<sup>2</sup> dan diamati kondisinya selama 24 jam apakah pasien dapat dipulangkan karena kondisinya yang tidak parah atau menerima pengobatan lebih lanjut. Ketika saya melakukan wawancara saya menemui seorang ibu yang mengatakan bahwa ia merasa tidak dilayani oleh dokter dengan baik:

---

<sup>2</sup>*Triage* adalah ruang dimana dokter membagi kondisi pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya, setelah melalui ruang ini barulah diputuskan pasien yang bersangkutan masuk dalam ruang tindakan sesuai dengan kondisinya.

Sudah 2 hari saya di IGD ini, mamaku (60 tahun) yang bawaka ke rumah sakit. Keluhanku datang kesini karena muntah darah, selama disini tidak ada obat dikasihkanka tapi di infus jaka saja. Sudah 2 kali maka di periksa sama dokter ini seharian dari kemarin malam dengan tadi siang (Aliyah, 12 Mei 2018).

Pasien yang berada di IGD biasanya memiliki tingkat kecemasan yang cukup tinggi terhadap kondisi kesehatannya. Hal ini dirasa wajar mengingat kesehatan adalah sesuatu yang sangat berharga. Menurut pernyataan pasien diatas ia merasa terabaikan oleh sikap dokter yang tidak memeriksanya lebih lanjut padahal hal ini dilakukan sebagai bentuk observasi kesehatan yang dilakukan oleh dokter sebelum mengambil tindakan medis lebih lanjut. Yang salah disini adalah dimana dokter seharusnya memberikan penjelasan lebih lanjut mengenai kondisi pasien yang sebenarnya sehingga tidak munculnya kekhawatiran yang dirasakan oleh pasien. Sebab yang penting bagi pasien bukanlah mengetahui jenis penyakitnya, cara pengobatannya, sumber-sumber penyakitnya melainkan tuntutan untuk mendapatkan obat-obat yang bisa segera dimasukkan kedalam tubuh saat itu juga (Galba, 1991:67).

Pasien mengharapkan seorang tenaga kesehatan yang baik dalam merawat, dapat memberi kasih sayang, rasa aman, penuh pengertian dan perhatian, berusaha sekuat tenaga dalam mengobati dan merawat serta mengetahui banyak hal sesuai dengan keahliannya. Selain itu terdapatnya dua *shift* dalam status jaga di IGD terkadang menyebabkan konflik antara tenaga kesehatan dan pasien, Menurut penuturan salah seorang pasien yang merasa tidak dilayani dengan baik:

Saya ini dari tadi subuh ka dibawa masuk kesini kenapa na itu dokter tidak ada yang peduli sama saya, tidak ada yang mau periksa ka, tidak ada juga makanan dikasi ka baru lapar sekali ma juga. Mulai ka dari subuh disini tidak ada dokter yang datangi ka bilang mau kasi resep obat atau apa ka supaya bisa ka sembuh. Na bilang tadi keponakan ku yang jaga ka itu waktu ku na bawa kesini tidak sadar memang mika itu karena minum alkohol ka memang tadi malam sama teman ku. Untung ada ji teman ku juga saya kenal kerja disini jadi dia mi yang urus ka, jadi dia yang daftarkan ka diloket pake kartu BPJS. Pokoknya marah-marah ka sama dokternya sapa suruh tidak na urus ka. Untuk apa coba masuk ki kerumah sakit kalau tidak dilayani ki mending pulang dirumah baru tidur” (Munawir, 15 Mei 2018).

Berdasarkan penuturan diatas terjadi relasi yang buruk antara pasien dengan dokter, hal ini dikarenakan tenaga kesehatan tidak memberikan penjelasan mengenai pasien mana yang seharusnya ditangani di IGD, kurangnya informasi mengenai jenis pasien yang diprioritaskan menambah panjang kasus kesalahpahaman yang terjadi antara pasien, keluarga pasien dan tenaga kesehatan. Pasien sendiri jika dilihat dari jenis penyakitnya yang ia derita maka

ia masuk kedalam kategori pasien tidak gawat tidak darurat, itulah mengapa penanganan yang diberikan sedikit terlambat. Adanya sikap antipati yang diperlihatkan oleh pasien membuat dokter terlihat sebagai orang yang tidak peduli terhadap pasiennya. Sedangkan pasien merasa ingin segera dilayani dan diberikan obat.

Menurut penuturan dokter yang bertanggung jawab atas pasien-pasien ini terlambat untuk ditangani, karena pasien yang masih terpengaruh dengan alkohol tidak ada juga gunanya kalau kita suntikkan obat, karena obat yang disuntikkan tidak akan berefek sama tubuhnya, itulah mengapa saya lebih memilih untuk menunggu sampai kondisi tubuh pasien benar-benar stabil baru kami suntikkan obat (Abdi, 16 Juni 2018).

Posisi dokter sebagai penyembuh harus tetap mengontrol emosinya meskipun pasien yang dihadapinya sedang dalam kondisi marah ia tetap dapat menghadapinya dengan tenang dan memberikan penjelasan terhadap penyakit yang diderita si pasien menurut etika profesionalisme kerja. Dokter yang bertanggungjawab terhadap pasien diatas telah melakukan tugasnya sesuai dengan SOP IGD, menurutnya pasien yang masih dibawa pengaruh alkohol tidak akan berguna baginya untuk diberikan obat sebab tidak akan memberikan efek terhadap tubuh pasien.

Contoh kasus lain yang menunjukkan tidak berjalannya relasi antara dokter dan pasien rujukan yang berasal dari Enrekang. Menurut penuturannya:

Seharusnya saya sudah dioperasi kepalaku karena habis ka kecelakaan tapi karena orangtua ku takut saya dioperasi sebelum ada keluarga dari kampung yang temani disini menjaga, akhirnya dokter marah karena sebenarnya jadwal operasiku sudah ada jadi sekarang harus buat jadwal baru lagi untuk disesuaikan dengan jadwalnya dokter (Mitha, 23 Juni 2018).

Hal yang dilakukan oleh pasien ini sangat fatal, Jika dicermati pada dasarnya dokter yang bertanggungjawab terhadap pasien tersebut sebenarnya bukan marah hanya merasa kesal karena pasien tidak peduli kepada keselamatannya. Seorang dokter senantiasa memikirkan kesembuhan pasien selain itu jadwal operasi yang padat terkadang menyulitkan dokter untuk membuat ulang jadwal operasinya.

Dokter-pasien seyogyanya melakukan komunikasi interkatif dimana dalam hubungan interkasi keduanya tidak hanya dokter yang menjadi dominan, pasien juga harus bertanya mengenai kondisi kesehatannya dengan lebih aktif. Seiring perkembangan teknologi yang semakin maju semestinya pasien juga dapat mencari informasi mengenai kondisi kesehatannya sehingga ketika

berkomunikasi dengan dokter akan lebih mempermudah ia dalam memahami penjelasan medis dari dokter.

Dari ilustrasi kasus yang terjadi pada seorang pasien maka dapat disimpulkan bahwa komunikasi yang tidak baik dapat merugikan pihak pasien dan menimbulkan kesalahpahaman antara tenaga kesehatan dan pasien. Pemberian informasi yang tidak jelas dari pihak tenaga kesehatan kepada pihak keluarga pasien menimbulkan ketidaknyamanan menganggap bahwa mereka tidak dilayani dengan baik padahal pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sudah sesuai dengan SOP. *Misscommunication* ini merupakan hal yang tidak dapat dihindari di IGD hal ini dikarenakan banyaknya pasien yang datang sedang tenaga medis yang ada terbatas.

Penuturan lain diberikan oleh salah pasien yang merasa ia telah mendapat penanganan yang baik dari dokter.

“...saya masuk disini pake BPJS. Ada sekitar 3 dokter sama 1 perawat yang tangani ka tdi. Itu dokter kalau tidak salah dokter ortopedi dia ahli tulang, dia periksa dadaku baru setelah itu saya dibawa ke tempat ct.scan supaya diketahui apa yang sakit sebenarnya. Selesai di ct.scan dokter bilang mi sama saya kalau saya harus dioperasi karena patah tulang rusukku. dokter datang mi bawa gips untuk gips lengan, bahu sama dada ku supaya tidak goyang terus. Dokter selalu ji tanya bagian mana yang sakit, bagaiman perkembanganku setelah digips, bagus ji disini rumah sakit karena perhatian ki dokternya sama pasein (Arsan, 12 Mei 2018).

Dari penuturan diatas, jelas bahwa dokter yang berjaga pada saat itu sangat memperhatikan perkembangan pasien sebab ia selalu mengecek kondisi pasien. Selain itu dokter yang menangani pasien tergolong sigap sebab ia sangat cepat dalam menangani pasien. Dokter memeriksa kondisi pasien dengan seksama sampai akhirnya didiagnosa patah tulang pada dadanya sehingga mengharuskan pasien tersebut untuk dioperasi. Untuk lebih mendukung pernyataan dokter tersebut agar tidak terjadi kesalahan diagnosa maka dokter menyarankan kepada pasien melakukan *CT-Scan* agar terlihat kondisi yang sesungguhnya. Setelah dilakukan pemeriksaan ternyata memang benar bahwa pasien ini memiliki patah tulang. Sebagai pertolongan pertama agar tulang pasien yang patah tidak semakin parah maka dokter *meng-gips* dada pasien agar tulang yang patah tersebut tidak semakin bergeser dan melukai organ dalam pasien. Pasien ini dikategorikan sebagai pasien darurat tidak gawat. Dikatakan seperti itu karena ia harus segera mendapat pertolongan sebelum kondisinya semakin parah.

Dalam menjalin relasinya dengan pasien, seorang dokter tidak hanya memperhatikan cara mereka berkomunikasi secara efektif dengan pasien saja,



tetapi dokter pun ketika menjalin kontak secara langsung (bertatap muka) dengan pasien sedapat mungkin menghadirkan suasana yang bersahabat. Begitu pun dengan pasien, yang juga harus bisa membuat suasana yang sama pula. Kontak sosial yang baik ini juga merupakan wujud kerjasama antara dokter dan pasien selama proses pemeriksaan (terapi medis berlangsung).

Hal itu relevan dengan teori *pattern variables* yang dikemukakan oleh Parsons bahwa interaksi dokter-pasien, tidak hanya bersifat netral (profesional) tetapi interaksi dokter-pasien juga dapat bersifat afektif, dalam arti ada ikatan emosional diantara keduanya yang menyebabkan adanya kepercayaan pasien kepada sang dokter yang berakibat positif pada perkiraan kesembuhan (*prognosis*) seorang pasien.

Terdapat dua hambatan besar dalam relasi dokter-pasien yang baik adalah perbedaan budaya dan bahasa. Jika dokter dan pasien tidak berbicara dalam bahasa yang sama, maka diperlukan seorang penerjemah. Sayangnya dalam banyak situasi tidak ada penerjemah yang memadai dan dokter harus mencari orang yang tepat untuk pekerjaan ini. Budaya dapat memunculkan masalah dalam komunikasi karena perbedaan pemahaman budaya tentang penyebab, dan sifat dari penyakit dapat menyebabkan pasien tidak paham terhadap diagnosis dan perawatan yang diberikan. Dalam situasi seperti ini dokter harus menempuh segala usaha yang mungkin untuk dapat memberikan pemahaman yang baik kepada pasien terkait kondisi kesehatan dan langkah pengobatan terbaik yang akan ditempuh.

Salah satu yang sangat mempengaruhi komunikasi kesehatan adalah pasien sering kali mengalami peningkatan derajat kecemasan ketika mengunjungi dokter. Mengunjungi rumah sakit dan bertemu dokter merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan bagi siapa pun. Pasien akan merasa diri mereka berada di lingkungan yang asing, terpisah dari keluarga dan teman-teman, dengan kehilangan ruang pribadi, privasi dan kemandirian, merasa tidak pasti dan was-was tentang masalah kesehatan dan pengobatan mereka. Faktor-faktor ini sering menyebabkan mereka merasa sangat rentan, dan cenderung mempengaruhi cara mereka berkomunikasi dengan dokter atau tim medis lainnya (Dianne Berry, 2007:12).

Hal yang perlu diperhatikan juga dalam relasi antar tenaga kesehatan dan pasien adalah tingkat kepuasan pasien sesuai dengan standar mutu pelayanan yang ditawarkan oleh rumah sakit. Tingkat kepuasasan ini berbeda tergantung dari pasien yang mendapat pelayanan. Sebaliknya kepuasan akan pelayanan dapat menjadi pertimbangan bagi pasien untuk menentukan keputusan memanfaatkan kembali suatu layanan kesehatan tertentu.

- **Penanganan: Mengubah Diagnosa**

Pada praktik kedokteran seorang dokter dituntut untuk selalu bersikap profesional dalam memberikan pengobatan, pelayanan, diagnosa dan hasil pemeriksaan kesehatan. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat dan biaya penanganan yang harus dibayarkan oleh pasien baik itu pasien yang memiliki jaminan kesehatan dan pasien umum. Pasien yang datang ke IGD memiliki keluhan sakit yang berbeda-beda dan tidak semua sakit tersebut masuk kedalam tanggungan BPJS.

Untuk menjalin relasinya dengan pasien, seorang dokter tidak hanya memperhatikan cara mereka berkomunikasi secara efektif dengan pasien saja, tetapi dokter pun ketika menjalin kontak secara langsung (bertatap muka) dengan pasien sedapat mungkin menghadirkan suasana yang bersahabat. Begitu pun dengan pasien, yang juga harus bisa membuat suasana yang sama pula. Kontak sosial yang baik ini juga merupakan wujud kerjasama antara dokter dan pasien selama proses pemeriksaan (terapi medis berlangsung). Menurut penuturan salah satu pasien yang terdapat di IGD ketika itu:

Saya masuk ke IGD karena muntah darah dan tidak sadarkan diri tapi memang saya dibawah pengaruh alkohol. Saya pake jaminna BPJS tapi tidak bisa dipake karena hasil diagnosa dokter saya mabuk tapi setelah dikomunikasikan dengan dokter akhirnya dokter ganti hasil diagnose jadi sakit batuk dan muntah darah akhirnya saya bisa pake kembali kartu BPJS untuk bayar rumah sakit (Maruf, 15 Mei 2018).

Pernyataan ‘mengganti diagnosa’ dalam kutipan diatas bertentangan dengan etika profesionalisme dokter, sebab dokter mengganti hasil diagnosa yang awalnya mabuk karena pengaruh alkohol kemudian berubah menjadi sakit lambung karena dokter merasa empati terhadap kondisi pasien yang tidak mampu membayar biaya pengobatan jika menjadi pasien umum. Disinilah terkadang hati nurani bertentangan dengan etika profesionalisme seorang dokter. Tetapi bagi pasien dan keluarga pasien hal ini merupakan suatu kemurahan hati yang sangat besar yang ia terima dari seorang dokter, secara tidak langsung ada keterikatan emosional yang terbangun diantara keduanya.

Dokter yang memeriksa pasien kemudian membenarkan bahwa ia mengganti diagnosa pasien:

“...Kalau masalah itu pak, begini saja saya akan ubah hasil diagnosanya pasien, dikertas diagonosanya nanti akan saya masukkan bahwa pasien sakit karena batuk dan muntah darah. Sebenarnya pasien ini memang sakit seperti itu hanya saja ketika dilakukan pemeriksaan kadar alkohol didalam tubuhnya sangat tinggi itulah mengapa hasil yang keluar seperti itu. Saran saya pak kalau anak

bapak nantinya sudah merasa agak baik, bapak bawa lagi ke sini karena sepertinya lambung anak bapak bermasalah dan harus segera dioperasi (Abdi, 18 Mei 2018).

Menurut dokter sebenarnya ia tidak memberikan diagnosa yang mengada-ada, pasien diatas memang memiliki riwayat penyakit batuk darah yang disebabkan oleh kerusakan pada lambung hanya saja ketika dilakukan pemeriksaan darah dan tes *urine* ditemukan bahwa didalam darah pasien banyak mengandung alkohol namun juga ditemukan kelainan pada lambung. Sehingga hasil diagnosa yang pertama yakni mabuk digantikan dengan hasil diagnosa kedua yakni batuk darah dan lambung hal ini dimaksudkan agar pasien datang kembali untuk memeriksakan kondisi lambungnya karena dokter merasa ada kerusakan parah yang terjadi pada lambung pasien.

Tindakan yang dilakukan oleh dokter diatas berdasarkan hati nurani bukan atas dasar profesionalitas kerjanya. Dokter yang menangani pasien diatas seolah merasa kasihan pada pasien dan keluarga pasien jika harus membayar dan berubah status dari pasien BPJS ke pasien umum. Hal ini dikarenakan pasien memang didiagnosa menderita penyakit lambung akut namun ketika masuk ke IGD dalam kondisi mabuk sehingga ketika periksa urine hasil tes yang keluar ditemukan bahwa pasien mabuk alkohol. Dalam aturan yang terpasang di depan loket pembayaran IGD sudah sangat jelas tertulis bahwa pasien yang datang ke IGD dengan keluhan mabuk karena alkohol, HIV/AIDS, narkoba atau penggunaan zat adiktif lainnya biaya rumah sakitnya tidak akan ditanggung oleh BPJS meskipun ia memiliki kartu BPJS.

Keterlibatan emosional dokter sering kali lebih kuat dibandingkan dengan keterlibatan seperti yang dibayangkan Parsons, dimana hal itu ditandai oleh bermacam-macam hal yang harus diperhatikan secara mendalam, bukan terbatas pada rasa kasih sayang yang wajar saja (Fox, 1957:87). Meskipun pandangan tentang relasi dokter dan pasien itu telah diubah, namun standar normatif yang kuat dapat menjadi lebih erat antara dokter-pasien.

#### **4. Kesimpulan**

Relasi yang terjalin antara dokter dan pasien di IGD RSUD X termasuk kedalam relasi pasif sebab dokter lebih banyak mengambil peranan dalam proses komunikasi medis. Selain itu sering terjadi mis komunikasi dalam pelayanan medis antara dokter-pasien karena kurangnya pemahaman mengenai SOP IGD. Beberapa pasien yang datang ke IGD menggunakan jaminan kesehatan merasa mendapat perlakuan yang diskriminatif dari dokter berupa keterlambatan penanganan medis yang didapatkan. Relasi antara dokter-pasien tidak

sepenuhnya dikatakan buruk sebab dokter masih memiliki hati nurani dalam mempertimbangkan biaya pengobatan pasiennya.

### Daftar Pustaka

- Ali. Mulyahadi Muhammad dkk. (2006). *Kemitraan Dalam Hubungan Dokter-Pasien*. Jakarta Selatan: Konsil Kedokteran Indonesia
- Depkes RI. (2008). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.129 Tahun 2008 Mengenai Standar Pelayanan Minimal*.
- Dianne, Berry.(2007). *Health Communication: Theory and Practice*. McGraw-Hill Education, New York, NY
- Fox Renee C. 1957. *Training for Uncertainty*. In *The Student-Physician*, ed. R. K. Merton et al. Cambridge: Harvard University Press.
- Galba S. (1991). *Peranan Pengobatan Tradisional Dalam Menunjang Kesehatan Masyarakat*. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Kebudayaan Direktorat Sejarah dan Nilai Tradisional Proyek Inventarisasi dan Pembinaan Nilai-Nilai Budaya.
- Herkutanto. (2007). *Majalah Medikolegal Pelayanan Gawat Darurat*. Jakarta: *Majalah Kedokteran Indonesia Vol 7 No 2*.
- Koeswadji Hermien Hadiati, (1998), *Hukum Kedokteran*, Bandung: PT. Citra Aditya Bakti.
- Mulkan. (2007). *Pola Ideal Hubungan Dokter dengan Pasien*. Makalah Ilmiah.
- Rogers, E.M. (1996). *The Field Of Health Communication Today: An Up-To-Date Report*, *Journal of Health Communication*, 1.
- Sabriyanti W, et al. (2012). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus pada response time di IGD bedah dan non-bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo*. (tesis). Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Sarwono, Solita. (1997). *Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep Serta Aplikasinya*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press).
- Smet Bart. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Williams R Jhon. (2005). *Panduan Etika Medis di Sertai Studi-Studi Kasus Etika Pelayanan Medis Sehari-hari*. Yogyakarta: Pusat Studi Kedokteran Islam Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah.